

**Los niños que tienen seguro de salud tienen más probabilidad de:**

- Ser bebés saludables.
- Recibir las vacunas infantiles necesarias.
- Recibir tratamiento para enfermedades como infecciones de oído y asma. Sin tratamiento, estas enfermedades pueden hacer el aprendizaje más lento y causar problemas de salud a largo plazo.
- Tener un doctor que conozca el historial médico del niño.
- Permanecer saludables, de modo que usted no tenga que ausentarse de su trabajo.

**KCHIP hará lo siguiente:**

- Cubrirá a los niños que reúnan los requisitos hasta que cumplan los diecinueve años.
- Tendrá un proceso de solicitud simple y fácil.
- Cubrirá todo, de citas de revisión a medicamentos; de huesos fracturados a inyecciones de refuerzo, lentes, dispositivos de ayuda auditiva, cuidado dental, cuidado en hospitales, servicios de salud relativa al comportamiento y más.

**Para saber si su niño reúne los requisitos para KCHIP:**

Compare la cantidad de sus ingresos anuales o mensuales antes de la deducción de impuestos y el número de miembros de su familia con los ingresos que se muestran en la tabla a la derecha. Si usted recibe la cantidad que se indica en la tabla o una cantidad menor, sus niños podrían reunir los requisitos para recibir KCHIP u otros beneficios de seguro de salud auspiciados por el estado.

**¿Cómo solicito los beneficios del Programa KCHIP?**

- 1) Llene el formulario que se incluye.
- 2) Obtenga la información que necesitamos.
- 3) Envíenos el formulario y la información.

**Que información necesitará:**

Además de responder a todas las preguntas de la solicitud, por favor incluya lo siguiente:

- Prueba de ingresos, tal como se describe en la sección 4 de la solicitud.
- Si usted paga por el servicio de cuidado de niños o paga por el cuidado de un adulto discapacitado, incluya la prueba de pago (por ej., un recibo de quien proporciona el servicio de cuidado).
- Si alguien está embarazada, incluya la declaración del doctor y mencione la fecha en que deberá nacer el niño.
- Si el niño que está solicitando los beneficios de este programa no es un ciudadano de los EE.UU., incluya la documentación del INS.

**Nota: Envíe copias de los documentos mencionados anteriormente y quédese con los originales.**

Por favor, separe la solicitud del folleto, firmela y ponga la fecha al final de la última página. Para obtener un servicio más rápido, envíe la solicitud y la información adicional por correo o llévelas a su oficina local del Departamento para servicios basados en la comunidad (DCBS - Department for Community Based Services). DCBS fue anteriormente el Departamento para seguro social (Department for Social Insurance).

De otro modo, use el sobre que se incluye con la dirección impresa y envíelo por correo a KCHIP, P.O. Box 1704, Louisville, KY 40201.

Después de que su solicitud sea revisada, recibirá una notificación en la que se le dirá si sus niños reúnen los requisitos para recibir KCHIP. Dependiendo del lugar en donde vive, es posible que reciba los beneficios a través de una organización asociada para el cuidado de la salud. Usted será quien elija quien le proporcione cuidados primarios.

**TABLA DE INGRESOS KCHIP PARA 2000-2001**

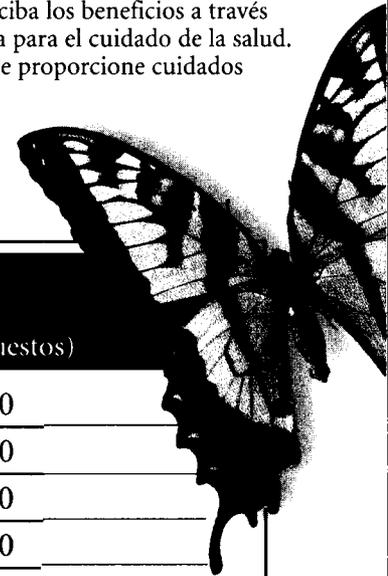
Número de miembros en la familia*	Ingreso mensual (antes de impuestos)	Ingreso anual (antes de impuestos)
1	\$1,432	\$17,180
2	\$1,935	\$23,220
3	\$2,439	\$29,260
4	\$2,942	\$35,300
5	\$3,445	\$41,340
6	\$3,949	\$47,380
7	\$4,452	\$53,420
8	\$4,955	\$59,460

\*El número de personas en la familia incluye a los hijos y el(los) padre(s).

Para las unidades con más de 8 miembros, añada \$504 por mes o \$6,040 al año por cada miembro adicional.

Para ciertos niveles de ingreso, el niño no deberá recibir otros beneficios de seguro por un período de seis meses antes de solicitar KCHIP. Existen excepciones si el niño pierde el seguro de salud por razones fuera de su control.

Para mayor información, llame al 1-877-KCHIP-18 (524-4718).  
Para personas con problemas de audición: llame al 1-877-524-4719. Las llamadas son gratuitas.



# Solicitud para el Programa de seguro de salud de niños de Kentucky (KCHIP)

SI NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO, LLAME A NUESTRO NÚMERO DE SERVICIO GRATUITO: 1-877-KCHIP-18.  
 PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN: LLAME AL 1-877-524-4719.

Envíe la solicitud llena y la documentación por correo a:  
 KCHIP  
 P.O. Box 1704  
 Louisville, KY 40201

**1. Indique el nombre de uno de los padres. Si los padres no viven en casa, indique el nombre de la persona responsable.**

Apellido del padre/persona responsable	Nombre	Inicial del 2do. nombre	Número de teléfono a donde podamos comunicarnos con usted:	
Dirección domiciliaria (incluir Nro. de Apt., Nro. de lote). Usted puede solicitar los beneficios aunque no tenga una dirección fija.			Casa: _____	
Ciudad	Estado	Código postal	Trabajo: _____	
Dirección postal, otra que la anterior (incluir Nro. de Apt., Nro. de lote).			Otro: _____	
Ciudad	Estado	Código postal	¿De quién es este número? _____	

**2. Incluya la siguiente información sobre los niños para los que está solicitando los beneficios de salud. (Si necesita más espacio, use una hoja adicional.)**

Apellido	Nombre	Inicial del 2do. nombre	Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Nro. de seguro social	¿Es esta persona un ciudadano de los EE.UU.? Si la respuesta es negativa, incluya la documentación del INS.		¿Está esta persona embarazada? Si la respuesta es afirmativa, incluya la declaración del doctor.	
							SÍ	NO	SÍ	NO

**3. Incluya la siguiente información sobre todas las demás personas que viven en el hogar con los niños mencionados en la sección 2.**

Apellido	Nombre	Inicial del 2do. nombre	Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Nro. de seguro social	¿Está esta persona embarazada? Si la respuesta es afirmativa, incluya la declaración del doctor.		Parentesco con los niños. Ejemplo: madre de Mary, padre de Bob, madrastra de Mary, padrastra de Bob, hermana de Bill, hermano de Bill o ninguna relación de parentesco.
							SÍ	NO	

**4. Infórmenos sobre su ingreso familiar. Mencione solamente el ingreso de los padres y de los hijos, si lo hubiera.** (Si necesita más espacio, incluya una hoja adicional con esta solicitud.)

Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingreso (antes de impuestos), tales como salarios, KTAP, ingreso por discapacidad, pensiones, manutención para los hijos, pensión por separación o divorcio, presentes en efectivo, ingreso por auspicio como extranjero, pensiones anuales, intereses, dividendos y otro tipo de ingreso no laboral. Si trabaja independientemente (negocio propio), incluya su formulario de impuestos federales más reciente. **En cuanto a los salarios, proporcione copias de sus cheques de pago correspondientes al último mes calendario o una carta de su empleador.** En cuanto al ingreso no laboral, tal como seguro social, pensiones, jubilación de veteranos y servicios ferroviarios; proporcione su carta de indemnización más reciente. Si no está seguro de lo que tiene que enviar, llame a nuestro número de teléfono de servicio gratuito 1-877-524-4718 y nosotros lo ayudaremos.

Nombre de la(s) persona(s) que recibe(n) dinero	Si la persona trabaja, nombre y dirección del empleador	¿Quién proporciona el dinero? Empleador, programa, persona	¿Cuán a menudo se le paga? Semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente	¿Uno o más niños que recibieron ingresos aún asisten a la escuela?		Cantidad recibida antes de la aplicación de impuestos y cualquier deducción (ingreso bruto)
				SÍ	NO	

**5. ¿Alguna persona cuyo salario haya sido mencionado en la sección 4 le paga a alguien por el cuidado de un niño y/o adulto discapacitado que viva en su casa mientras que dicha persona trabaja?** (Si incluye una prueba de tal gasto, es posible que podamos darle una deducción.)

Nombre del niño o adulto discapacitado	Edad	¿A quién le paga? y cuánto paga?

**6. ¿Alguna de las personas que está solicitando los beneficios tiene ahora un seguro de salud que cubra visitas al doctor y hospitalización?**

Compañía de seguros o empleador	Número de póliza	Nombre del titular de la póliza	Nro. de seguro social del titular de la póliza	¿Quién está incluido en este plan?

**7. ¿Alguno de los niños perdió su seguro de salud en los últimos seis meses?** \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ No. Si la respuesta es afirmativa, ¿explique porqué? \_\_\_\_\_

**8. ¿Debe el pago de alguna cuenta médica de sus hijos correspondiente a los últimos 3 meses?** \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ No.  
 Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de cuentas son (doctor, hospital, laboratorio, etc.)?, ¿cuál es la cantidad? y ¿en qué mes(es) se recibió el servicio? \_\_\_\_\_  
 (Es posible que podamos ayudarlo a pagar cuentas médicas pendientes si es aprobado en KCHIP)

**9. ¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud?** \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ No. Si la respuesta es afirmativa, mencione su agencia, nombre y dirección. \_\_\_\_\_

**Número de seguro social (SSN)**  
 Si usted está solicitando los beneficios del Programa KCHIP para un niño, no necesita proporcionar su número de seguro social (SSN); sin embargo, DEBEMOS tener el SSN del niño a fin de que éste pueda recibir KCHIP. Esta política se dicta bajo la sección 1137(a)(1) de la Ley de seguro social (Social Security Act) y los reglamentos de Medicaid (Ayuda médica) 42 CFR 435.910. La agencia de Medicaid usará el SSN para verificar su ingreso y elegibilidad, y determinar la cantidad de pagos que KCHIP hará en su beneficio. Es posible que la agencia de Medicaid también use el SSN para determinar el derecho de otra persona a recibir Medicaid o para cumplir con la ley federal que requiere que proporcionemos información de los registros de Medicaid. La información puede ser comparada con los registros de otras agencias como la Administración del seguro social (Social Security Administration) o el Servicio de ingresos interiores (Internal Revenue Service). Esta comparación puede llevarse a cabo por computadora o realizarse en forma individual. Si el solicitante no tiene un SSN, esta solicitud será procesada mientras la familia solicita un SSN o recibe asistencia en el proceso de solicitud del mismo.

**Derechos y deberes**  
 Estoy de acuerdo con la entrega de la información personal y financiera que se menciona en este formulario, y los documentos relativos incluidos, a las agencias estatales (o sus contratistas) encargadas de este programa de manera que puedan evaluarla y verificar la elegibilidad. Entiendo que las agencias encargadas del programa determinarán la confidencialidad de esta información según las leyes federales, 42 CFR 431.300 - 431.307.1 y cualquier ley o reglamento federal y estatal aplicable. Entiendo que debo comunicar inmediatamente al Departamento para servicios basados en la comunidad (Department for Community Based Services - DCBS) cualquier cambio de

información en este formulario. Entiendo que podrían pedirme proporcionar información adicional. Entiendo que mi elegibilidad no será afectada por mi raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, credo o creencias políticas excepto donde esto sea restringido por la ley. Entiendo que esta solicitud es una solicitud para KCHIP y NO una solicitud para Medicaid completo. Entiendo que si se considera que no reúno los requisitos para KCHIP, podría reunirlos para los beneficios de Medicaid de acuerdo a otros fundamentos, y tengo derecho a completar una solicitud para Medicaid completo. Entiendo que la elegibilidad y los beneficios están sujetos a cambio.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Tengo el derecho de apelar cualquier decisión sobre elegibilidad que el DCBS haya tomado. La información sobre este proceso de apelación puede obtenerse mediante el DCBS. Declaro que todas las personas para quienes se está solicitando los beneficios son ciudadanas americanas o están admitidas bajo un estado legal de extranjería aprobado. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado, incluyendo aquella sobre la ciudadanía y el estado legal de extranjería, es correcta y verdadera según mi mejor saber y doy mi consentimiento para que se hagan los contactos necesarios a fin de verificar mis declaraciones. Entiendo que cualquiera que proporcione información falsa u oculte información a fin de recibir o continuar recibiendo beneficios de Medicaid; o que permita que otra persona use su tarjeta de Medicaid; o que abuse de los beneficios de Medicaid, está sujeta a acción criminal bajo ley federal, ley estatal o ambas. También entiendo que podría tener que hacerme responsable del pago en efectivo del valor de los beneficios recibidos.